

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

459

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André RAINSART

Né à Rouen, le 25 Septembre 1901

Interne des Hôpitaux et de la Maternité du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE NON DYSENTÉRIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André RAINSART

Né à Rouen, le 25 Septembre 1901

Interne des Hôpitaux et de la Maternité du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

ABCÈS DU FOIE
D'ORIGINE NON DYSENTÉRIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales'.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques'.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique'.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

LAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 INET Physiologie.
 UBERTIN . . Pathologie médicale.
 ÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 LANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 ROCQ. . . . Pathologie chirurgicale.
 RULÉ. . . . Pathologie médicale.
 ADENAT. . . Pathologie chirurgicale.
 ATHALA. . . Pathologie médicale.
 HABROL . . Pathologie médicale.
 HEVALLIER. Pathologie médicale.
 e GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 OGNON. . . Physique.
 ONZELOT. . Pathologie médicale.
 CALLE . . . Obstétrique.
 EY. Urologie.
 ARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 ASTINEL . . Bactériologie.
 ATELLIER. . Pathologie chirurgicale.
 IROUD . . . Histologie.
 ARVIER. . . Pathologie médicale.
 OVELACQUE Anatomie.
 UTINEL. . . Pathologie médicale.
 OANNON . . Hygiène.
 OYEUX. . . Parasitologie.
 ABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

USQUET Pharmacologie.
 UENIOT Obstétrique.
 EQUÉUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale.
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
 LERI. . . Clinique médicale.
 AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
 BASSET. . . Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ. . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER. . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER. . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE, professeur sans	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
chaire		l'adulte pour les accidentés du travail, les
FREY.		mutilés de guerre et les infirmes adultes.
CHAILLEY-BERT.		Stomatologie,
LEDoux-LEBARD.		Education physique.
WEILL-HALLÉ.		Radiologie clinique
		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA GRAND'MÈRE

A MA TANTE E. ROSSIGNON

*Qu'elles trouvent ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.*

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SOEUR

*En souvenir de nos années de jeu-
nesse.*

AU COMTE DE LINIÈRE

Préfet honoraire

Chevalier de la Légion d'honneur

ET A LA COMTESSE DE LINIÈRE

*Qui ont été pour moi d'un grand
conseil et d'un grand soutien moral.*

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DERUAS

Radiologiste des Hôpitaux du Havre

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHET

*Qui nous ont aimablement aidé
dans la rédaction de ce travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VERGEZ

Chirurgien des Hôpitaux du Havre

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLOT

*Nous le remercions de l'enseignement
qu'il nous a donné pendant notre
internat dans son service et lui sommes
reconnaissant de nous avoir inspiré le
sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Grand-officier de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Hommage et reconnaissance pour
l'honneur qu'il veut bien nous faire en
acceptant la présidence de notre thèse.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

DES

ABCÈS DU FOIE

D'ORIGINE NON DYSENTÉRIQUE

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

L'abcès du foie est une affection peu fréquente chez l'enfant. Leblond dans sa thèse, en 1892, ne réunissait que 45 cas, puisés dans toute la littérature.

Ayant eu la bonne fortune d'en observer un récemment dans le service du Dr Vergez, à l'Hôpital Général du Havre, nous avons cru qu'il serait intéressant, après avoir passé brièvement en revue l'étiologie et la pathogénie de cette lésion, de l'étudier au point de vue diagnostic et traitement, sa rareté étant peut-être, en partie faite de la difficulté du diagnostic.

Nous limiterons d'ailleurs notre travail, éliminant les abcès dysentériques, qui ne sont pour ainsi dire jamais observés chez l'enfant, dans nos régions, aux seuls abcès chirurgicaux, gros abcès uniques ou tout au moins peu nombreux, qui peuvent bénéficier d'une intervention.

Les abcès multiples du foie, petits abcès aérolaires,

sont la plupart du temps des trouvailles d'autopsie, et ne présentent aucun intérêt au point de vue chirurgical.

Nous remercions le Dr Vergez d'avoir bien voulu nous confier l'observation de son petit malade. Nous y joindrons celles, peu nombreuses, que nous avons pu retrouver au cours de nos recherches.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie de l'abcès du foie chez l'enfant est, en général, la même que chez l'adulte.

Cependant, d'après les classiques, il serait exceptionnel de retrouver, à l'origine, une angiocholite, cette lésion n'existant pour ainsi dire pas chez l'enfant.

L'appendicite, surtout quand il s'agit d'une forme larvée de longue durée peut, par infection par la veine porte, donner des abcès du foie qui sont, en général, petits et multiples. C'est une cause moins fréquente que chez l'adulte, car, sur 24 cas, Berthelin n'en cite que 8 ayant rapport à l'enfance.

Par contre, d'après Leblond, les contusions de l'abdomen, en particulier celles de la région hépatique, sont souvent en cause chez l'enfant, alors que chez l'adulte elles déterminent rarement un abcès du foie.

Les abcès métastatiques sont, semble-t-il, les plus fréquents : qu'il s'agisse de plaies infectées de la tête (origine souvent invoquée), suppurations qu'elles que soient leur localisation et leur nature, maladies infectieuses, septicémies et pyohémies.

Il paraît rationnel de dire que tous les agents bactériens peuvent déterminer un abcès du foie.

On peut constater que les plus souvent signalés sont

le staphylocoque doré, le staphylocoque blanc, le streptocoque, le coli-bacille, le bacille d'Eberth.

Tedenat, au XV^e Congrès français de chirurgie rapportait 11 cas d'abcès du foie, consécutifs à la grippe où l'examen du pus n'avait permis de déceler aucune bactérie. Peut-être, dans ce cas, une culture aurait donné des renseignements plus précis, car dans l'état de nos connaissances actuelles, il est difficile d'admettre l'existence d'abcès amicrobiens.

Guinard, en effet, ayant ouvert un abcès du foie au cours d'une fièvre typhoïde, trouva, à l'examen direct, du streptocoque. Ce fut seulement la culture qui montra l'existence d'un bacille, présentant toutes les caractéristiques du bacille d'Eberth.

La voie suivie par l'infection n'est pas unique. Celle-ci peut emprunter la veine porte dans les diarrhées et infections intestinales ; la voie artérielle dans les septicémies par exemple, soit peut-être aussi, bien que plus rarement, la voie biliaire.

Si nous passons en revue les observations que nous donnons ci-dessous, nous constatons que dans la première (M. Franck S. Mathews) l'abcès du foie semble être une localisation première d'une septicémie à staphylocoques, qui se serait portée ensuite dans le tissu cellulaire et dans l'os.

L'observation de Jalaguier nous semble discutable. Lui rattachait cet abcès du foie à une crise d'appendicite qui, d'après son observation, ne fut jamais nette puisque la douleur fut toujours haut située, du côté de la vésicule biliaire, et l'intervention, elle-même,

montra des lésions très minimales de l'appendice. Ne serait-il pas plus raisonnable d'accuser dans ce cas, cette contusion abdominale localisée à l'hypocondre droit, l'examen du pus n'avait d'ailleurs montré que la présence d'un staphylocoque blanc, qui n'est pas l'hôte habituel des abcès appendiculaires.

Dans la troisième observation, A. Briones accuse, à l'origine, une infection intestinale. Il est dommage que le pus n'ait pas été examiné dans ce cas.

A. Mouravieff rattache l'abcès de son petit malade à la scarlatine, et l'examen du pus décèle du streptocoque.

Quant à l'observation que nous rapportons l'abcès est dû au staphylocoque doré pur, décelé par examen direct et par culture. Il semble être la manifestation première d'une infection généralisée, peu virulente, dont plus tard l'otite suppurée avec mastoïdite ne sera qu'un second épisode.

Il est regrettable, d'ailleurs, qu'au moment de la trépanation de la mastoïde, le pus n'ait pas été examiné, car il eût été intéressant de constater, d'une façon certaine, la même nature de la suppuration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (M. Franck S. Mathews).

Soc. de chir. de New-York. Séance du 14 décembre 1910.

Revue de Chirurgie, t. XLIII, p. 837.

Mathews présente un garçon de dix ans qui avait été admis le 26 juillet pour des douleurs siégeant dans son flanc droit, et s'accompagnant de fièvre et de vomissements.

A l'examen on constatait de la rigidité de la paroi, principalement dans le flanc de l'hypocondre droit, avec abaissement du bord du foie. La température atteignait 105°,8 F. Le rein, du même côté, était facilement perceptible.

On pensa à une infection rénale, et l'on incisa dans la région lombaire. Il fut alors évident que le rein était hors de cause, et que la lésion siégeait en avant de lui.

On incisa alors au niveau du muscle grand droit et l'on arriva sur des adhérences sous-hépatiques. Sur la face inférieure du foie et près de son bord postérieur se trouvait un abcès ayant le volume d'un citron, et qui fut ouvert. Il contenait un pus crémeux, inodore, dû au staphylocoque doré. L'abcès fut drainé à travers les deux incisions.

Cinq jours plus tard l'enfant présenta des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë, pour lesquels il fut réopéré. L'incision, dans la fosse iliaque droite, permit d'arriver sur une anse grêle, flasque, que l'on put suivre jusqu'à l'incision supérieure au niveau de laquelle elle s'était coudée.

Dans la semaine qui suivit le petit malade eut une véritable staphylococcémie se traduisant par des abcès du tissu cellulaire. Il y en eût aussi dans les deux extrémités du tibia du côté gauche, avec formation de séquestres que l'on dut extraire. Au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, l'infection ne se traduisit que par un épaissement de l'os et une réaction séreuse dans l'articulation voisine.

OBSERVATION II (Jalaguiet).

E. Quenu et Mathieu, *Les abcès du foie*.

Revue de Chirurgie, t. XLIV, octobre 1911, p. 525.

Abcès du foie d'origine appendiculaire.

Incision. Guérison.

Le 17 octobre 1908, je fus appelé à examiner une fillette de dix ans et demi, Anne-Marie D..., qui souffrait depuis quelque jours de troubles abdominaux assez mal caractérisés. L'enfant qui jouissait d'une excellente santé, et chez laquelle on ne trouvait aucun antécédent pathologique du côté de l'appareil digestif, avait ressenti un léger malaise le 8 octobre ; ce malaise n'avait duré que 24 heures. Cependant la mine était restée mauvaise, et

l'appétit défectueux. Le 16 octobre nouveau malaise, avec frisson, inappétence et courbature.

Aucune douleur abdominale.

Le 20 octobre les accidents devinrent plus sérieux. La fillette entra du lycée, à midi, beaucoup plus souffrante que les jours précédents. Elle éprouvait de violentes douleurs dans le ventre, marchait courbée en avant et racontait que, la veille, une de ses camarades lui avait serré le ventre en jouant et lui avait fait mal.]—

Le 21 octobre elle dut garder le lit, accusant des douleurs abdominales vagues, sans localisation précise. La température axillaire atteignit 39°6.

Le 22 octobre le Docteur Garnier, trouvant une sensibilité douloureuse de la région de la vésicule biliaire, songea à une cholécystite. L'appendicite ne lui parut pas probable. La température fut, ce jour-là, de 37°3 le matin, et de 39°6 le soir.

L'état reste sensiblement le même pendant deux jours. Le 25 octobre, après une matinée relativement bonne, l'enfant se plaignit vers midi, de douleurs abdominales plus vives qui allèrent en augmentant pendant toute l'après-midi. A quatre heures, après l'ingestion d'un peu de citronnade, un vomissement se produisit. La température axillaire était de 38°6. Le Docteur Launay la vit dans la soirée et constata une douleur localisée à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal avec une défense musculaire très nette au-dessus et à droite de l'ombilic.

Il diagnostiqua une appendicite haut située et prescrivit l'application de glace et une diète hydrique rigoureuse.

Le 26 octobre, amélioration sensible, température 37°7 le matin, et 37°6 le soir.

Le lendemain, dans la matinée, le thermomètre remonta à 38°6. Je vis l'enfant, pour la première fois, à midi. Une légère sensibilité à la pression existait encore au-dessus et à droite de l'ombilic avec un certain degré de défense musculaire. Le reste de l'abdomen était souple, indolore. Le foie ne me parut pas augmenté de volume. Il n'y avait pas trace d'ictère.

J'acceptai, sans hésitation, le diagnostic d'appendicite posé par M. Launay.

L'état sembla s'améliorer, jusqu'au 3 novembre. Les douleurs diminuèrent et la température se maintint, entre 37° et 37°8. L'enfant s'alimentait légèrement depuis le 31 octobre.

A partir du 3 novembre, je revis l'enfant et pus découvrir un certain empâtement profond dans la région sous-hépatique ; cet empâtement me parut siéger vers l'angle du côlon, entre le foie et le rein.

La matité hépatique, d'une étendue sensiblement normale en avant, se trouvait augmentée, en arrière, et sur le côté, au-dessous de la dernière côte et en avant d'elle.

Du 6 au 12 novembre cet empâtement augmenta, progressivement, surtout en arrière vers le rein.

En même temps, la matité hépatique dépassait en avant le rebord costal de deux travers de doigt environ. L'état général s'altérait et la température arrivait à 39°, dans l'après-midi du 12 novembre. Le faciès était pâle et défait, mais il n'y avait toujours pas de teinte ictérique.

Je pensai qu'il s'agissait d'une collection purulente

développée vers l'angle colique entre le foie et le rein, et tendant à se porter en avant au-dessous du rebord costal.

Le 13 novembre l'enfant fut transporté à la maison de santé de la rue Bizet. Elle ne cessa pas de vomir pendant toute la durée du transport. Le lendemain, 14 novembre, l'état semblait meilleur et la température rectale n'était plus que de 38°2. L'examen de l'urine pratiqué ce jour-là ne décela pas d'albumine.

Je me décidai néanmoins à intervenir.

Opération : Incision de 8 à 10 centimètres, parallèle au rebord costal commençant sur le bord externe du muscle droit et atteignant, en arrière, la pointe de la dernière côte.

Contre mon attente, je ne trouvai aucune adhérence péritonéale ; le foie, d'aspect normal, débordait en avant les fausses côtes, d'un travers de doigt environ, mais, en arrière, il descendait de trois travers de doigt au moins.

L'exploration de la région sous-hépatique ne me fit découvrir ni adhérence, ni empâtement au voisinage de l'angle du côlon, mais je reconnus que le lobe droit du foie était très augmenté de volume, surtout à sa partie postérieure.

La face inférieure était devenue légèrement convexe, et, en soulevant les fausses côtes, je vis bomber la surface du foie dont la couleur n'était du reste, nullement altérée. En déprimant, à son centre, la partie saillante, je perçus une rénitence très manifeste. Après avoir minutieusement garni le péritoine avec des compresses, je ponctionnai avec une grosse sonde cannelée et je vis

sourdre une goutte de pus. Une incision de 6 cm. faite au thermocautère, parallèlement au rebord costal, donna issue à un verre à Bordeaux d'un pus épais, jaune verdâtre, exhalant l'odeur caractéristique des abcès d'origine intestinale ou appendiculaire. La cavité de cet abcès était lisse, non cloisonnée. En deux points, mon doigt rencontra deux bosselures rénitentes dues à des poches secondaires qui furent aisément ouvertes. Le pus qu'elles renfermaient avait les mêmes caractères que celui de la loge principale. L'écoulement sanguin fut insignifiant.

Lavage à l'eau oxygénée, puis fixation des lèvres de l'incision hépatique au péritoine pariétal avec deux points de catgut passés avec une aiguille mousse et serrés très faiblement. Drainage avec un tube n° 40 entouré de mèches de gaze stérilisée. Introduction par l'angle postérieur de l'incision d'une grosse mèche de gaze dans le péritoine libre.

Le pus examiné par le Dr Garnier, ne renfermait que du staphylocoque blanc.

Les suites opératoires furent très simples. Le soir la température rectale ne dépassa pas 37°8. Le lendemain matin elle était de 36°8. A partir de ce moment elle ne dépassa plus la normale.

Les pièces superficielles du pansement furent changées au bout de 24 heures. Elles étaient imbibées d'un pus séreux, sanguinolent, légèrement coloré par la bile.

La coloration biliaire disparut rapidement et, le 6^e jour, après l'opération, au moment de l'ablation des mèches, il ne s'écoula plus qu'une faible quantité de pus séreux, jaunâtre, sans odeur.

Un drain n° 29 fut laissé dans la cavité et raccourci tous les deux jours, pour être supprimé le quinzième jour.

La cicatrisation fut très rapide. Le 11 décembre, 26 jours après l'intervention, la fillette rentrait chez elle avec une petite plaie superficielle qui se cicatrisa complètement en peu de jours.

La santé de l'enfant redevint très bonne néanmoins le 30 mars 1909, je procédai à l'ablation de l'appendice que je trouvai libre, sans aucune adhérence.

Quelques tractus cellulo-séreux, remontant de la base de l'appendice sur le cæcum, témoignaient seuls d'une crise antérieure.

L'appendice renfermait un peu de mucus sanguinolent et l'on voyait sur la muqueuse quelques petits points de folliculite hémorragique.

L'examen microscopique pratiqué par M. Garnier révéla des lésions très peu marquées : Hypertrophie des follicules clos. Quelques points de lymphangite dans la muscularis mucosæ et dans la couche sous-péritonéale avec accumulation de leucocytes.

OBSERVATION III (A. Briones)

Revista de l'hôpital Juarez, t. I, n° 4, 1^{er} juin 1912,
p. 55 et 56, in *J. de Chir.*, t. IX, p. 387.

Enfant de deux ans avec très mauvais état général, très amaigri avec teint sub-ictérique, les pommettes saillantes, les yeux excavés.

Depuis deux jours diarrhée abondante, jaune serin.

Température à grandes oscillations, très élevée le soir.
Toux sèche et quelques nausées.

A l'examen le ventre était météorisé et douloureux ; au niveau de l'épigastre existait une tuméfaction arrondie, lisse, rénitente, douloureuse spontanément et à la pression ; le foie était augmenté de volume. Son bord inférieur arrivait au milieu de la distance séparant l'appendice xiphoïde de l'ombilic.

On traite l'enfant médicalement (pilules de calomel pendant 2 jours). Le troisième jour on lui fit une ponction qui révéla la présence d'un pus jaune, peu épais. Malgré l'insistance du chirurgien, l'opération fut refusée ; l'enfant mourut 4 jours plus tard.

Il est probable qu'il s'agissait d'une infection d'origine intestinale car dans les antécédents on ne trouvait que quelques accidents intestinaux dus à la présence de lombrics.

OBSERVATION IV (A. M. Mouravieff).

Abcès du foie post-scarlatineux chez un enfant de 8 ans.

(*Chirurgia*, t. XXXIII, n° 194, février 1913, p. 220 à 223, in *Jour. de Chir.*, t. XI, p. 490.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, qui à la fin de juin 1911, fut atteint de scarlatine. Une semaine après le début, survinrent des douleurs abdominales, avec perte d'appétit, diarrhée intense à selles muqueuses fétides, sans mélange de sang. Cet état se prolongea pendant quatre semaines.

Vu pour la première fois le 21 août, il était amaigri,

pâle, couché sur son lit, toujours courbé vers la droite ; il se plaignait d'une vive douleur de ventre et de selles douloureuses. Dans l'hypocondre droit on constatait une petite voussure diffuse, rouge, chaude et très douloureuse. Temp. 39°. Une opération est proposée mais refusée.

Le 25 août, les douleurs sont moindres, mais les signes locaux sont plus intenses. La tumeur est plus volumineuse et plus nette, occupe la région du lobe droit du foie. On diagnostique un abcès du foie, et le 27, par une incision parallèle au rebord costal, on ouvre un abcès contenant 40 cmc. environ d'un pus blanc jaunâtre, crémeux et sans odeur.

La cavité de l'abcès, de 10 cmc. de diamètre environ, est sphérique et irrégulière comme parois. Tamponnement. Guérison complète le 1^{er} octobre.

L'examen bactériologique du pus a montré qu'il contenait du streptocoque.

OBSERVATION V (*Inédite*. D^r Vergez).

Georges V..., 3 ans.

N'a jamais eu aucune maladie. Il a été vacciné par le B. C. G., car son père est atteint depuis plusieurs années de bronchite chronique. Lui-même tousse assez facilement.

Le 15 août 1929, l'enfant se plaint de douleurs abdominales violentes qu'il localise à l'hypocondre droit. Il vomit à plusieurs reprises dans la journée, en même temps qu'apparaît un urticaire généralisé.

Il est vu le lendemain par un médecin qui le soigne pour troubles intestinaux et urticaire. C'est seulement le 5 septembre que sa mère, n'ayant aucune amélioration, se décide à le conduire au Dispensaire Gibert où le Dr Dufour l'examine.

L'enfant se plaint toujours de douleurs de l'hypocondre droit, douleurs exagérées par la pression. Il n'y a plus de vomissements, pas de diarrhée. Localement existe une tuméfaction arrondie, rénitente, à bords assez nets. La température est de 38°.

Revu le 15 septembre avec urticaire généralisé, pas d'ictère, pas de sels biliaires dans les urines. La température oscille entre 37°5 et 38°5. Le Dr Dufour pense à ce moment à un kyste hydatique en voie de suppuration et envoie l'enfant à l'hôpital, avec ce diagnostic, au début du mois d'octobre.

A ce moment, l'examen montre une légère voussure dans la région hépatique, au niveau de laquelle on sent, à la palpation, une tuméfaction de la grosseur de deux poings environ, faisant corps avec le foie.

Celui-ci remonte jusque dans le 4^e espace intercostal, et en bas vient affleurer la ligne bis-iliaque. Cette tumeur est douloureuse à la pression. Elle ne semble pas mobile avec les mouvements respiratoires. Les limites en sont peu nettes, sa surface paraît lisse. Elle est rénitente, mais il n'y a pas de fluctuation.

Le contact lombaire n'existe pas ; la fosse lombaire est d'ailleurs libre et non douloureuse.

Cette tuméfaction est mate à la percussion. La rate

n'est ni perceptible à la palpation, ni perceptible. Il n'y a pas d'ascite.

L'état général de l'enfant est mauvais. Il présente des crises d'urticaire qui durent quelques jours, disparaissent pour réapparaître ensuite.

La température oscille entre 37°5 et 39°.

L'examen des urines donne le résultat suivant :

Pigments biliaires.....	0
Sels biliaires-réaction positive.....	(+)
Urobiline.....	+++

Le pourcentage des globules blancs donne :

Lymphocytes + moyens mononucléaires.	38
Grands mononucléaires.....	2
Polynucléaires neutrophiles.....	58
Polynucléaires éosinophiles.....	2

Il n'y a donc pas d'éosinophilie.

La réaction de Weinberg est négative.

Le diagnostic porté est celui de collection suppurée du foie, d'origine inconnue.

Opération le 17 octobre. Dr Vergez.

Incision un peu en dehors du bord externe du grand droit, un peu au-dessus de la ligne bis-iliaque ; incision légèrement oblique de haut en bas, et de dehors en dedans.

L'aponévrose est incisée, et on tombe sur un tissu musculaire oedématié, lardacé, de couleur saumonée. Le péritoine pariétal est intimement adhérent au foie. Le tissu hépatique reconnu, on fait une ponction à la seringue, qui montre la présence de pus.

Incision en se servant de l'aiguille comme repère. Il

sort 50 cmc. environ de pus jaunâtre, peu épais, ne contenant pas de granulations. Il n'existe pas de vésicules dans la poche, qui est de la grosseur du poing, et dont la cavité est lisse. Cette poche est nettoyée à la compresse. Elle ne saigne pas. On y laisse une mèche peu serrée, et un drain.

Le pus est examiné au laboratoire (Dr Vinzent).

« Pus à polynucléaires, contenant des cocci à Gram positif, souvent en tétrades.

« La culture donne du staphylocoque doré pur ».

Les suites opératoires sont des plus simples. La température baisse. On enlève la mèche le troisième jour, en laissant le drain jusqu'au quinzième jour. Le dix-septième jour apparaît à nouveau un urticaire généralisé, avec, les jours suivants, poussée thermique à 39°. Puis tout rentre dans l'ordre. L'enfant sort cicatrisé 1 mois et demi après l'intervention, le 2 décembre.

Il revint à l'hôpital en février 1930, avec une mastoïdite, pour laquelle il est opéré.

L'enfant a été revu le 1^{er} octobre en parfait état. Il y a une légère éventration au niveau de sa cicatrice. Le foie est revenu à ses dimensions normales. Il n'y a pas eu à nouveau de crises d'urticaire.

L'ABCÈS DU FOIE AU POINT DE VUE CLINIQUE

Dans la grande majorité des cas, le début de l'abcès du foie est insidieux. Les premiers symptômes peuvent n'avoir rien de caractéristique et ne pas attirer d'emblée l'attention sur le foie.

Le malade éprouve des troubles gastro-intestinaux vagues : anorexie, nausées, vomissements ; il a des frissons, la température atteignant 39 ou 40°.

Au contraire, une douleur profonde siégeant au niveau de l'hypocondre peut être le symptôme initial. Cette douleur est exagérée par la pression locale, par les mouvements de flexion du tronc, par la toux. Sa localisation est en rapport avec le siège des abcès.

L'ensemble des symptômes qui caractérisent les abcès du foie, à leur période d'état, peut être divisé en symptômes fonctionnels, symptômes physiques et symptômes généraux.

Les premiers comprennent la douleur hépatique avec ses irradiations, la dyspnée, la toux, les troubles gastro-intestinaux et les altérations d'urines.

Les seconds sont constitués par l'augmentation de volume du foie, et les phénomènes d'auscultation perceptibles à son niveau.

Les derniers, enfin, correspondent aux phénomènes fébriles.

La douleur est l'un des symptômes les plus importants. Elle a les mêmes caractères qu'à la période de début, et existe pour ainsi dire toujours.

Cette douleur hépatique se complique parfois d'irradiations douloureuses vers d'autres régions, telles que l'épaule, la clavicule, la région interscapulaire, les lombes, le sacrum ou la crête iliaque.

La douleur de l'épaule est celle que les observateurs ont le plus souvent notée. Dutrouleau lui accorde la même signification qu'à la douleur du genou dans la coxalgie, et pour Annesley, elle est pathognomonique des abcès de la face convexe.

Cette irradiation se produirait par l'intermédiaire des anastomoses du phrénique droit avec les nerfs de l'épaule.

Le malade appréhende de se coucher sur le côté malade ; il est dyspnéique ; le thorax, dans sa moitié droite, est immobilisé, surtout dans les abcès de la face convexe compliqués de péri-hépatite sous-diaphragmatique.

La toux est en général d'origine réflexe, provenant de l'irritation causée par la lésion hépatique.

Les troubles gastro-intestinaux s'atténuent en général avec la formation du pus. Cependant l'inappétence persiste avec état saburral et sécheresse de la langue ; les urines sont diminuées, et d'après Brouardel le chiffre d'urée serait abaissé.

Les signes physiques relevant de l'augmentation de

volume ou de la déformation du foie sont, en général, fort peu appréciables au début de l'affection, puis par la suite ils s'accusent.

L'inspection permet de constater soit une ampliation générale de la région, avec élargissement des espaces intercostaux, soit une voussure plus circonscrite correspondant à la saillie de la collection purulente.

La palpation décèle la sensibilité douloureuse de la région, la contracture locale de la paroi, et enfin l'hypertrophie totale ou partielle de la glande hépatique.

La main, posée sur la région tuméfiée, peut quelquefois sentir des frottements péri-hépatiques, confirmés par l'auscultation. D'après F. Bertrand il convient d'accorder beaucoup de valeur à ce signe. C'est, dit-il, « un bruit de cuir neuf », dont le maximum siège le plus souvent au niveau du 7^e ou 8^e espace intercostal.

Si l'abcès est superficiel, la fluctuation peut être perçue à son niveau ; s'il est profond, la palpation bi-manuelle fait percevoir une sensation de tumeur élastique, comparable à ce que donnerait la pression d'un ballon de caoutchouc à parois épaisses, distendues.

Si l'abcès pointe vers le thorax, la palpation pourra, parfois, difficilement l'atteindre à travers les espaces intercostaux ; la percussion, dans ce cas, indiquera l'existence d'une zone de matité thoracique, à la limite supérieure convexe.

Dans presque tous les cas le bord inférieur du foie apparaît très abaissé, tant en avant au-dessous du rebord costal, que sur la ligne axillaire, et en arrière dans la région lombaire.

La percussion et l'auscultation du thorax révèlent, en général, des signes de pleurésie sèche et de congestion de la base du poumon droit.

Les troubles généraux sont avant tout caractérisés par les phénomènes fébriles à allure variable, et très irrégulière, se compliquant parfois de symptômes typhoïdes très graves.

Le facies est souvent très altéré. Le teint est terreux, plutôt que franchement jaune, « pâleur ictérique » de Dutrouleau. Tels sont les symptômes généralement décrits comme étant ceux de l'abcès du foie chez l'enfant.

Mais, si on veut bien relire l'observation du Dr Vergez on est frappé par la présence d'un symptôme que nous n'avons retrouvé nulle part, et qui, dans celle-ci, paraît avoir d'emblée attiré l'attention, si bien qu'il pouvait faire pencher le diagnostic en faveur d'un kyste hydatique, en voie de suppuration.

L'urticaire, en effet, n'est pas signalé dans l'abcès du foie. Expliquer sa pathogénie d'une façon certaine nous semblerait hasardeux. Il semble que, logiquement, on peut le rattacher à une destruction partielle du foie, provoquant une insuffisance de la glande.

La radioscopie pourra donner des renseignements utiles dans les abcès du foie chez l'enfant, surtout s'il s'agit d'abcès à évolution diaphragmatique.

Dans ce cas la coupole diaphragmatique sera dénivellée par suite de l'ascension de l'hémi-diaphragme droit qui, au lieu d'être légèrement plus haut que le gauche, sera situé à 2/3 centimètres au-dessus de lui.

Elle sera déformée également car, loin d'avoir la forme d'une coupole tracée au compas, elle présentera sur sa surface des bosselures en saillies plus ou moins acuminées, ou en ogives. Cet aspect n'est d'ailleurs pas pathognomonique de l'abcès du foie, puisqu'il peut être réalisé en tous points par des gomme et des kystes hydatiques.

Enfin, la partie droite du diaphragme sera immobilisée, ou tout au moins elle aura des mouvements d'amplitude très diminués, les sinus coslo-diaphragmatiques étant naturellement effacés et immobilisés.

Si l'abcès du foie évolue vers la face inférieure de l'organe, on verra, chez l'enfant, beaucoup plus nettement que chez l'adulte, une saillie anormale du bord inférieur, ce signe n'étant pas, d'ailleurs, caractéristique car il appartient aussi à d'autres affections du foie telles que : kystes hydatiques ou tout autre tumeur.

Les signes radioscopiques constatés du côté de la coupole diaphragmatique sont beaucoup plus faciles à apprécier, plus fréquents et plus importants.

Colaneri donne, comme seul signe certain d'abcès du foie, la persistance de la régularité de la teinte-opaque, d'une bosselure dans l'inspiration et l'expiration forcées.

Le pronostic des abcès du foie chez l'enfant est grave, tant par suite de la lésion elle-même que de la maladie causale. La mort est la terminaison habituelle ; les progrès actuels de la chirurgie hépatique ont atténué la gravité de ce pronostic.

Sur les 5 observations que nous rapportons, il y a

un seul décès, chez un enfant dont la famille refusa l'intervention.

L'opération précoce dépend de la rapidité du diagnostic, diagnostic difficile non tant que la symptomatologie n'en soit nette, mais la rareté de l'abcès du foie chez l'enfant fera que souvent, en sa présence, un clinicien non averti n'y pensera pas.

DIAGNOSTIC DES ABCÈS DU FOIE

Les lésions chirurgicales du foie sont si rares chez l'enfant que, même dans les traités classiques, on n'y fait le plus souvent même pas allusion.

Cependant, bien que rares, il est nécessaire de les connaître d'autant mieux qu'un diagnostic précoce permettra souvent, par un traitement bien conduit, d'obtenir une guérison rapide. Ainsi, nous a-t-il paru intéressant d'insister sur le diagnostic des affections chirurgicales du foie, chez l'enfant.

L'abcès du foie se reconnaîtra aux différents signes que nous venons d'étudier : température d'abord, plus ou moins élevée suivant la nature et la gravité de la suppuration, et qui, d'ailleurs, ne revêt pas un type uniforme ; douleurs et tuméfaction dans la région hépatique. L'urticaire n'a rien de pathognomonique, au contraire. Il sera plutôt un signe trompeur car, en présence d'une voussure hépatique, il attirera immédiatement l'attention sur un kyste hydatique possible.

Mais il est évident que d'autres affections pourront donner, d'une manière plus ou moins exacte, le même syndrome.

Nous les passerons en revue successivement. Le problème nous semble devoir se décomposer en trois

questions : s'agit-il vraiment d'une affection hépatique ? — Cette affection du foie est-elle chirurgicale ? ce qui nous permettra d'éliminer tous les foies médicaux chez les enfants — enfin pour terminer s'agit-il d'un abcès du foie ?

Plusieurs affections péri-hépatiques peuvent simuler un abcès du foie. C'est d'abord l'abcès de la paroi abdominale, situé immédiatement au-dessous du rebord costal. Il est plus superficiel que l'abcès du foie, évolue plus rapidement, tendant à se faire jour à la peau ; ou s'il est sous aponévrotique, se diffusant à toute la paroi abdominale. De plus il y a souvent l'anamnèse d'une piqûre qui a servi de point d'inoculation.

Les abcès sous-diaphragmatiques ne peuvent être cités que pour mémoire, car ils sont exceptionnels chez l'enfant, les différentes causes qui les provoquent chez l'adulte n'existant pas dans l'enfance. Cependant Nobécourt et Stevenin en 1920 ont observé un abcès gazeux, situé entre le foie et le diaphragme, consécutif à une appendicite chez un garçon de 13 ans. Le diagnostic fut fait par la radiographie.

La pleurésie purulente droite pourra quelquefois simuler un abcès du foie, à évolution diaphragmatique. Sa matité remonte en général plus haut, et sa courbe n'aura pas les mêmes caractéristiques. Dans les deux cas, il pourra y avoir abaissement du bord inférieur du foie. En cas de doute la ponction pleurale exploratrice fera le diagnostic qui pourrait, au besoin, être affirmé par la radioscopie et par l'existence d'un syndrome

pleuro-pulmonaire important qui n'existe qu'atténué dans l'abcès du foie.

Diverses affections du rein et de la loge rénale pourront, également, prêter à erreur. C'est d'abord le cancer du rein, relativement fréquent chez l'enfant. Il se présente comme une tumeur très volumineuse, beaucoup plus volumineuse que celle donnée par l'abcès du foie, par contre très peu douloureux. Comme dans l'abcès du foie, la matité se prolongera avec la matité hépatique, mais la palpation différenciera assez facilement les deux organes. Dans les deux affections il peut y avoir de la température, mais, dans le cancer du rein la cachexie est plus rapide, l'état général d'emblée plus atteint. De plus, l'hématurie, si elle existe, facilitera le diagnostic.

L'hydronéphrose présente les caractères d'une tumeur indolore, rénitente, sonore en général, donnant lieu souvent au ballottement. Elle apparaît souvent par intermittence, s'accompagnant de crises de polyurie. Elle n'évolue avec température que lorsqu'elle s'infecte, ce qui est rare. Il y a alors des phénomènes généraux très graves avec sécheresse de la langue, température très élevée et quelquefois anurie. Le phlegmon péri-néphrétique a une évolution postéro-latérale ; le siège de la douleur étant, en général, postérieur. Il n'y a pas d'augmentation de volume du foie.

Les cholécystites au cours des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, pneumonie, n'existent pour ainsi dire pas, encore moins la cholécystite due à un calcul du cholédoque qui ne se rencontre jamais. Le diagnostic sera

assez difficile car il existe une tuméfaction douloureuse dans la région vésiculaire, avec augmentation de volume du foie. Quelquefois il y aura de l'ictère qui mettra sur la voie du diagnostic. Enfin, le siège de la tuméfaction sera toujours au niveau de la vésicule.

L'appendicite sous-hépatique enfin, pourra se différencier assez difficilement de l'abcès du foie, et il semble bien que dans l'observation de Jalaguier que nous rapportons, l'erreur ait été commise. Il y a dans l'appendicite un ensemble péritonéal qui ne peut exister que tardivement dans l'abcès du foie. De plus, le siège sous-hépatique de l'appendicite est une exception.

La première étape du diagnostic étant franchie, il faudra déterminer, ensuite, la nature de la lésion hépatique, et pour celà, éliminer toutes les affections médicales qui peuvent donner un gros foie.

Le foie cardiaque est uniformément gros, lisse, sans aucune adhérence, avec la paroi, donc mobile avec les mouvements respiratoires. Il coïncide, le plus souvent, avec les autres symptômes asystoliques, et avec une cardiopathie avérée ; il y a de l'ascite. De plus le foie cardiaque existe sans température.

Le gros foie des maladies infectieuses est également uniformément gros, alors que l'abcès du foie donne souvent une voussure localisée de l'organe. Il est moins douloureux, la douleur étant elle-même plus diffuse. De plus, chez ces malades, le syndrome hépatique dominé par la maladie causale, ne sera le plus souvent, qu'une trouvaille d'examen, alors que dans l'abcès du foie le petit malade attirera immédiatement l'attention du côté

de son hypocondre droit douloureux. Enfin, il y aura souvent de l'ictère, tout au moins du sub-ictère. Par ailleurs, les signes se rapprochent beaucoup de ceux des abcès du foie, qui se produisent au cours des pyrexies. Il y a dans les deux affections, fièvre et urobilinurie.

Les gommes tuberculeuses et spécifiques du foie donnent, comme l'abcès, une tuméfaction localisée rénitentes, mais dans les deux premières affections cette tuméfaction est indolente. Elles se différencieront par les signes généraux particuliers à chaque maladie causale : en cas de spécificité, le Bordet-Wassermann et les signes de syphilis héréditaire ; en cas de tuberculose, antécédents et souvent autres lésions à l'évolution. L'absence de température aidera le diagnostic.

L'angiome du foie enfin, qui peut exister chez l'enfant, se présentera comme une tumeur réductible, accompagnée de battements, augmentant de volume sous l'influence des efforts, présentant un souffle à l'auscultation.

Tous ces caractères, d'ailleurs, peuvent manquer ; il est vrai que toujours la douleur sera absente. Enfin en cas de doute, la laparotomie exploratrice pourra faire le diagnostic.

Toutes ces affections médicales du foie éliminées, on restera en présence de trois lésions hépatiques qui auront à bénéficier d'un traitement chirurgical qui sont assez faciles à différencier, et qui, d'ailleurs, sont aussi rares les unes que les autres : l'adénome du foie, le kyste hydatique et l'abcès du foie.

L'adénome du foie chez l'enfant n'a été que très rarement signalé. Caumartin, dans sa thèse, en 1929, n'en cite que deux cas publiés en Allemagne, un par Ribbert chez un nourrisson de 4 mois, l'autre par Engelhart chez un enfant de 2 ans et demi; et s'il ne nous avait pas été donné d'en observer un cas dernièrement, dans le service du docteur Vergez, il est bien probable que nous l'aurions passé sous silence. Ses signes fonctionnels sont les mêmes que ceux de l'abcès du foie, la douleur étant toutefois moins vive. Les signes physiques varient suivant la nature de l'adénome qui peut être sessile, ou pédiculé. Dans les deux cas, la tumeur est dure, lisse, mobile avec les mouvements respiratoires. Si elle est sessile, elle pourra davantage simuler un abcès du foie. Mais la palpation de la tumeur sera moins douloureuse; ses contours seront plus nets, et elle sera souvent plus volumineuse qu'un abcès du foie. Le diagnostic se fera d'après l'état général de l'enfant, qui, dans l'adénome du foie, reste excellent, alors qu'il n'y a pas de température.

Le doute pourrait seulement exister en cas d'affection fébrile, mal définie, évoluant en même temps que l'adénome qui, malgré tout, restera indolore. La mobilité avec les mouvements respiratoires exigera toujours dans l'adénome. L'intervention étant le seul traitement, dans les deux cas, la laparotomie trancherait le diagnostic.

Le kyste hydatique du foie serait, d'après Nobécourt, relativement fréquent chez l'enfant, et Rathery et Dévé émettent même l'hypothèse que certains kystes de

l'adulte auraient débuté chez l'enfant. Exceptionnels avant 3 ans, ils seraient ensuite de plus en plus communs.

A leur période initiale, ils passent en général inaperçus. Lorsque le kyste a acquis un certain volume, il donne, comme l'abcès du foie, une tumeur mate, rénitente, mais qui n'est pas douloureuse à la palpation. Cette tumeur est mobile avec les mouvements respiratoires, contrairement à l'abcès du foie qui, souvent lui, est fixé.

De plus, il évolue sans température. Sa consistance rénitente empêchera de le confondre avec l'adénome solitaire qui est extrêmement dur. L'examen du sang qui montre une éosinophilie légère, 3 à 5 %, et la réaction de Weinberg, pourront aider à faire le diagnostic, quoique cette dernière réaction soit assez inconstante.

Beaucoup plus délicat sera le diagnostic entre un kyste hydatique du foie, en voie de suppuration, et un abcès du foie, et, dans l'observation personnelle que nous rapportons, l'erreur était facile à commettre car il existait un symptôme très fréquent dans le kyste hydatique, urticaire qui, par contre, n'est pas signalé dans les abcès du foie. L'absence d'éosinophilie et une réaction de Weinberg négative, d'une part, la suppuration peu fréquente du kyste hydatique chez l'enfant, d'autre part, ont fait pencher le diagnostic en faveur d'un abcès d'origine non hydatique. Mais il n'y avait là que présomption. D'ailleurs le traitement étant le même, l'ouverture de la collection a montré qu'elle contenait un pus jaune, peu épais, avec absence de

vésicules filles qui d'ailleurs sont rares dans les kystes hydatiques de l'enfant. L'examen microscopique n'a décelé que du staphylocoque, alors qu'en cas de kyste hydatique il y aurait eu, probablement, des crochets de ténia.

Dans tous ces diagnostics différentiels, la radioscopie à laquelle nous n'avons pas fait allusion précédemment sera quelquefois d'un grand secours. Elle permettra d'abord, d'éliminer toutes les affections péri-hépatiques, dont l'ombre ne se continuera pas directement avec celle du foie. Elle montrera les foies hypertrophiés dans leur totalité, qui sont en général des foies médicaux.

Si elle décèle une voussure localisée du foie il ne pourra s'agir que d'une gomme du foie, tuberculeuse ou spécifique, d'un kyste hydatique ou d'un adénome, lésions où les contours de la voussure seront bien nets se déplaceront avec le foie dans les mouvements respiratoires ; ou d'un abcès du foie où les contours seront plus diffus, à cause de la péri-hépatite localisée qui accompagnera, souvent, la suppuration, et où la mobilité, avec les mouvements respiratoires sera beaucoup moindre, sinon nulle, l'hémi-diaphragme droit étant partiellement immobilisé.

TRAITEMENT DES ABCÈS DU FOIE

La ponction aspiratrice n'est qu'un pis aller ; en admettant même qu'elle vide l'abcès, ce qui n'est pas toujours vrai, lorsque la poche contient des grumeaux, elle ne la draine pas. De plus c'est un procédé aveugle, qui expose aux dangers les plus réels.

La vaccination spécifique n'a pas, jusqu'ici, été essayée. Elle ne peut être, d'ailleurs, que secondaire à l'ouverture du foyer.

Il est universellement admis, aujourd'hui, que le seul mode de traitement des abcès du foie, tant chez l'enfant que chez l'adulte consiste dans l'ouverture large et précoce de la collection.

Du temps d'Hippocrate, on ouvrait déjà soit aux caustères, soit à l'instrument tranchant les abcès hépatiques. Mais au ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècle, on laissa tomber ces procédés opératoires dans l'oubli, pour y revenir au ^{xviii}^e siècle, avec Petit et Morend.

Puis, en présence des succès obtenus, on ne songea plus bientôt qu'à l'ouverture des abcès. On chercha à les vider, soit par la ponction simple, soit par la ponction combinée à d'autres méthodes avec des trocars de toutes les dimensions.

La méthode d'ouverture des abcès du foie ne fit de

progrès sensibles que vers 1825, avec Massau qui recommandait l'usage de caustiques, procédé repris par Récamier.

Le premier cas d'incision antiseptique remonte à 1872, mais elle ne fut bien décrite qu'en 1880 par Stromeyer-Little.

Depuis, l'hépatostomie a subi de nombreuses améliorations, surtout de la part de Defontaine du Creusot. C'est maintenant une opération bien réglée, seuls quelques détails techniques varient suivant les circonstances opératoires, l'incision devant naturellement être adaptée aux signes de localisation de l'abcès hépatique.

Elle sera souvent atypique, tout en se rapprochant des incisions classiques actuellement admises pour la chirurgie hépatique. Elle se fera plan par plan autant que possible, ce qui sera parfois assez difficile s'il y a des adhérences de la poche hépatique au péritoine pariétal, auquel cas le tissu musculaire est œdématié, lardacé, se différenciant mal du péritoine.

Il est vrai qu'alors le danger est nul, puisque les adhérences sont suffisantes pour éviter l'inoculation de la cavité péritonéale.

Le péritoine étant ouvert, on tombera sur un foie congestionné ; parfois une voussure se présentera au niveau même de l'ouverture : c'est à ce moment que, par ponction, il faudra chercher l'abcès à l'intérieur du tissu hépatique. Cette recherche est facile, en général, par aspiration à la seringue.

Une fois la cavité trouvée et avant de l'inciser, il

faudra prendre toutes les précautions pour que le pus ne vienne pas souiller le péritoine.

Il est évident que s'il y a des adhérences du foie au péritoine, ces précautions seront superflues.

Mais si la poche suppurée est revêtue d'une coque hépatique suffisamment épaisse, pour que les adhérences de voisinage n'aient pas eu la possibilité de se faire, deux procédés pourront être employés : le premier qui consiste à isoler le lieu de l'incision du reste du péritoine, par des champs abdominaux n'est pas à conseiller car il est très imparfait.

Il vaudra beaucoup mieux pratiquer la fixation première avant d'inciser le tissu hépatique. L'incision même de l'abcès se fera avec, comme guide, l'aiguille de ponction qu'on aura eu soin de laisser en place.

La collection évacuée, on pratiquera la toilette de l'intérieur de la poche, à la compresse. Si la cavité a tendance à saigner, on laissera une mèche plus ou moins serrée qui restera en place 48 heures, après quoi elle sera remplacée par un drain.

Les soins post-opératoires seront extrêmement simples. Ils seront ceux de toutes les suppurations en général, sans oublier la vaccination spécifique qui, dans certains cas, devrait pouvoir rendre de grands services, tant en favorisant la désinfection de la cavité qu'en agissant comme préventif d'une nouvelle localisation de la septicémie, ce qui paraît chose assez fréquente.

CONCLUSION

1° L'abcès du foie non dysentérique chez l'enfant est une lésion rare, mais si peu fréquente qu'elle soit, il est nécessaire de ne pas l'ignorer, afin de pouvoir le cas échéant, la reconnaître et prescrire le traitement adéquat ;

2° Il semble, que toutes les bactéries soient susceptibles de déterminer une suppuration hépatique. Toutefois le staphylocoque est l'agent le plus fréquent des suppurations hépatiques de l'enfance ;

3° Ce qui domine dans la symptomatologie, c'est un syndrome infectieux avec signe de tumeur hépatique. Nous notons, dans notre observation, un symptôme que nous n'avons trouvé signalé nulle part : l'urticaire récidivant. Il semble, qu'il soit lié à de l'insuffisance hépatique, dûe elle-même à une destruction partielle du tissu hépatique ; il n'a donc rien de pathognomonique ;

4° Le diagnostic se fera aisément d'après les signes généraux et locaux. Il faudra d'abord éliminer toutes les affections péri-hépatiques, qui, de près ou de loin, pourraient induire en erreur. Le siège de la lésion étant bien situé dans le foie, on pourra facilement rejeter les

affections évoluant sans température. Il ne restera à éliminer que le kyste hydatique suppuré, dont les réactions spécifiques permettent de faire abstraction ;

5° Le traitement est strictement chirurgical. Incision après isolement de la grande cavité péritonéale et drainage.

Peut-être la vaccination pourrait-elle être un adjuvant utile ? Nous n'en avons pas l'expérience, mais elle paraît devoir être conseillée.

Vu : le Président de la thèse,

GOSSET.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Recteur

L'Inspecteur de l'Académie

MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Acuna.* — A proposito de un caso de abceso hepatico en la primera infancia (Arch. latino Ann. de Ped. Buenos-Aires, 1912, p. 213).
- Arnaud.* — Considérations sur l'hépatite suppurée de nos climats. Thèse de Marseille, 1887.
- Babonneix (L.) et Paiseau (G.).* — Hémorragie surrénale et abcès du foie dans une broncho-pneumonie à pneumocoques (Soc. de Pédiatrie, 15 juin 1909 ; in Pr. Méd., 1909, n° 51, p. 460).
- Bertrand (E.).* — Frottements péri-hépatiques et abcès du foie (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1890, p. 470).
- Boinet.* — Recherche sur le pus des abcès du foie (Marseille méd., 1895, p. 79).
- Briones (A.).* — Un cas d'hépatite suppurée chez l'enfant (Revista de l'Hôpital Juarez, t. I, n° 4, 1^{er} juin 1912, p. 55 et 56 ; in J. de Chir., t. IX, p. 387).
- Caumartin.* — L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. Thèse de Paris, 1929. A. Legrand, éd.
- Gignozzi (Oreste).* — Traitement des abcès du foie (Lyon Chir., t. XXII, n° 5, sept.-oct., 1925, p. 597-619).
- Colaneri (J.-H.).* — Etude critique des signes radiologiques des abcès du foie (J. d'électrologie et de radiologie, t. III, n° 9, oct. 1919, p. 395-402).
- Defontaine.* — Traitement des abcès du foie (Gaz. des Hôpitaux, 19 mai 1888).
- Gerlach.* — Chronische abszedie rende Leberphlegmone beim kind (Kor. bl. d. All. Arztl. Ver. Thivungen, Jena 1921, p. 31).
- Guinard (A.).* — Les abcès du foie dans la fièvre typhoïde (Presse méd., 1904, n° 52, p. 410).
- Judd.* — A case of abcess of liver in an eight year old boy

- operation recovery (Arch. Pediat. N. Y. 1910, t. XXVII, p. 451).
- Kerron (Mc R. G.)*. — Abscess of the liver in a child (Proc. Roy. Soc. Med. London, 1908, Sect. Stud. child., p. 261).
- Laura (T. F.)*. — Ascesso del fegato in una bambina con tendenza all' apertura spontanea verso la cute dell' addome (Clin. Pediat. Modena, 1921, p. 41, t. III).
- Laveran*. — Deux abcès du foie. Examen du pus (Bull. de la Soc. Méd. des hôpitaux, séance du 25 juillet 1890).
- Leblond*. — Diagnostic des abcès du foie. Thèse de Paris, 1892.
- Lecène et Leriche*. — Thérapeutique Chir., t. III, p. 333 et 334.
- Long*. — Des diverses méthodes de traitement des abcès du foie. Thèse de Montpellier, 1884.
- Marboux*. — Du traitement des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little (Rev. de Chir., 1887, p. 354 et 467).
- Mathews (F. S.)*. — Liver abscess in a child. (Ann. Surg. Philad., 1911, t. LIII, p. 424).
- Mensi*. — Sopra un cas raro di abcesso di fegato in una neonato (Gazz. d. Osp. Milano, 1912, t. XXXIII, p. 545).
- Mouravieff (A. M.)*. — Abcès du foie post-scarlatineux chez un enfant de 8 ans (Chirurgia, t. XXXIII, n° 194, février 1913, p. 220-223 ; in J. de Chir., t. XI, p. 490).
- Navaro (J. C.) et Beretervide*. — Absceso hepatico en un nino de doce anos (Arch. latino Am. de Pediat. Buenos-Aires, 1925, t. XIX, p. 1127).
- Nibiock (W.)*. — Infantile hepatic abscess operation recovery (Indian Med. Gaz. Calcutta, 1911, t. XLVI, p. 137).
- Nobécourt*. — Précis de Médecine des enfants. Masson, éd., 1926).
- Pantaloni*. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Institut de bibliographie scientifique, 1899.
- Pritchard (E.) et Turner*. — Case of liver abscess in an infant. (Proc. Roy. Soc. Med. London, 1914, t. VIII).
- Quenu (E.) et Mathieu*. — Les abcès du foie consécutifs à

l'appendicite aiguë, et leur traitement chirurgica
(Rev. de Chir., t. XLIV, oct. 1911, p. 519-548).

Razetti (L.). — Sibre los abcess del hidago en la infancia
(Arch. Latino Am. de Med. Buenos-Aires, 1913,
t. VII, p. 12).

Rochar. — Traitement des abcès du foie (Bull. de l'Acad. de
méd., 26 octobre 1880).

Rusche. — Sur un cas rare d'abcès du foie chez un nourrisson
(Berliner Klin. Woch., 1889, n° 39).

Scott (A. J.). — Abscess of liver in young infant. (Calif State
San Francisco, 1918, t. XVI, p. 337).

Sellers (F. E.). — Abscess of liver in a young infant. (U. States
Now. M. Bul. Wash., 1912, t. VI, p. 405).

Soreca. — Les traumatismes de la tête et les abcès du foie
Incurabili, n° 9, 1887).

Stromeyer-Little et Ayme. — Traitement des abcès du foie
(Archiv. de Méd., nov.-déc. 1880).

Tchernow. — De l'hépatite suppurée chez les enfants (Vratch.
15, 22, 29 sept. 1894).

Tedenat. — Onze cas d'abcès du foie consécutifs à la grippe
(XV^e Congrès Français de Chir., in Presse méd.,
1902, n° 88, p. 1049).

Tucozzi (E.). — Liver abscess diagnosis and treatment in in-
fants (Clin. Pediat., 54, sept. 1926).

Trinci (U.). — Abcesso del lobo destro del fegato in una bam-
bina di quattro anni (Riv. di clin. Pediat. Firenze,
1910, t. VIII, p. 820).

Turner (C.), Violet. — A case of liver abscess in an infant.
(Brit. J. Child. dis. London, 1915, t. XII, p. 107).

1080. — Imp. de la Fac. de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 10-30
